

دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

شمارهٔ چهل و یک - پاییز ۱۳۸۸

صص ۳۸ - ۱۷

اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر نظریهٔ امید اسنایدر بر میزان شادکامی سالمندان

افشان قاسمی^۱ - احمد عابدی^۲ - ایران باغبان^۳

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر نظریهٔ امید اسنایدر بر میزان شادی سالمندان است که به روش نیمه‌تجربی در سال ۱۳۸۸ در شهر اصفهان انجام شد. جامعهٔ آماری سالمندان زن ساکن در آسایشگاه صادقیه (۱۳۵ نفر) شهر اصفهان بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، ۳۰ نفر به عنوان نمونهٔ آماری در دو گروه ۱۵ نفرهٔ آزمایش و گواه انتخاب شدند. شرایط گروه نمونه بدین صورت بود که اعضا از سلامت جسمانی و روانی کافی برخوردار باشند و اینکه تمایل به شرکت در تحقیق داشته باشند. سپس مداخلات آموزش گروهی مبتنی بر نظریهٔ امید اسنایدر بر روی گروه آزمایش اجرا شد. ابزار مورد استفاده پرسشنامهٔ شادکامی آکسفورد بود و اعتبار این ابزار با ارزش بازآزمایی ۰/۸۳ محاسبه گردید. اطلاعات

۱. کارشناسی ارشد رشته مشاوره

۲. عضو هیأت علمی دانشگاه اصفهان

۳. عضو هیأت علمی دانشگاه اصفهان

به دست آمده با نرم‌افزار SPSS در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در سطح توصیفی؛ توزیع فراوانی، میانگین، انحراف معیار محاسبه شد و در سطح آمار استنباطی از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر کمکی، مداخلات آموزش گروهی مبتنی بر نظریه امید‌سنایدر به افزایش شادکامی سالمندان منجر شد ($P < 0/001$).

کلید واژه‌ها: شادکامی، نظریه امید‌سنایدر، سالمندان.

مقدمه

یکی از وقایع اجتناب‌ناپذیری که در زندگی آدمی رخ می‌دهد، پدیده سالمندی است و از مهمترین مسائل جامعه چگونگی برخورد با این پدیده است. در همه جوامع بشری سالمندان تعداد قابل توجهی از جمعیت را شامل می‌شوند. بنابراین هر اقدامی به‌منظور بهینه کردن وضعیت زندگی آنها مشکلات اجتماعی را کاهش می‌دهد و در کنار آن مشکلات خانواده نیز کاهش می‌یابد. اغلب مشکلاتی که سالمندان با آن روبه‌رو هستند، مشکلات جسمی و ناتوانایی‌های حرکتی و مشکلات روحی و روانی است. از جمله مسائل روحی که سالمندان با آن روبه‌رو می‌شوند، ناامیدی و افسردگی است. روان‌شناسان گام‌های بسیاری برای بهبود این علایم برداشته‌اند، ولی پس از ظهور جنبش روان‌شناسی مثبت، نظریه پردازان و پژوهشگران به جای توجه صرف به تجربه یا ادراک‌های منفی به بررسی سازه‌هایی چون خودکنترلی، معنویت، شادی، خوش‌بینی و امید پرداختند (اسنایدر و مک‌کالوف، ۲۰۰۰). آثار مثبت این سازه‌ها بر سلامت جسمانی و روانی در تحقیقات مختلف تأیید شده است. تحقیقات انجام شده نشان داده‌اند که امید با عاطفه مثبت (اسنایدر و همکاران، ۱۹۶۶) و احساس خود ارزشمندی (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۷) همبستگی بالایی دارد و همچنین به‌طور منفی با افسردگی (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۷) در ارتباط است. بنابراین به جای بررسی ادراک‌های منفی سالمندان درصدد برآمدیم تا بر رابطه ادراک‌های مثبت با سلامت جسمانی و روانی آنها پردازیم.

1. Snyder & McCullough

اسنایدر (۲۰۰۰) امید را که سازه‌ای بسیار نزدیک به خوش‌بینی است، به‌عنوان سازه‌ای شامل دو مؤلفه مفهوم‌سازی کرده است: ۱- توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به‌سوی هدف‌های مطلوب به‌رغم موانع موجود ۲- کارگزار^۱ انگیزش برای استفاده از این گذرگاه‌ها، امید در واقع مجموع این دو مؤلفه است. براساس این مفهوم‌سازی، امید هنگامی نیرومند است که هدف‌های ارزشمندی را در برگیرد و با داشتن موانع چالش‌انگیز، ولی نه برطرف نشدن، احتمال دستیابی به آنها در میان‌مدت وجود داشته باشد. وقتی که ما برای رسیدن به هدف‌ها اطمینان داریم، امید غیرضروری است، جایی که مطمئن هستیم به هدف نخواهیم رسید، در این صورت نومید می‌شویم. براساس این مفهوم‌سازی هیجان‌های مثبت و منفی محصول جنبی تفکر هدفمند امید و ناامیدی هستند. امید با سلامت روانی و جسمی که با انواع مقیاس‌ها مانند پاسخ مثبت به مداخله پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، پرهیز از رویدادهای پرفشار زندگی، نشاط و شادکامی در امور زندگی و مسأله‌گشایی همبستگی مثبت دارد و آنها را پیش‌بینی می‌کند (آلن کار، ۱۳۸۴).

بایلی^۲ و اسنایدر (۲۰۰۷) معتقدند که سالمندان امید کمتری را تجربه می‌کنند، اما چانگ^۳ و اسنایدر (۲۰۰۲) پی بردند که تفاوت معناداری در نمرات امید سالمندان و افراد میانسال و جوان‌تر نیست. بیلی و اسنایدر (۲۰۰۷) اظهار می‌دارند که سطح امید با میزان رضایت از زندگی و شادی نیز رابطه دارد و در افراد مسن، افرادی که متارکه کرده‌اند، طلاق گرفته‌اند یا بیوه هستند، پایین‌تر از افراد دیگر است. ولز^۴ (۲۰۰۵) معتقد است که ۲۷ درصد واریانس افسردگی با امید پایین تبیین می‌شود و آموزش امید به کاهش افسردگی در افراد منجر می‌شود و بعد از آن اضطراب، تحصیلات کم و جنسیت پیش‌بینی‌کننده‌های امید پایین هستند. او همچنین نشان داده است که امید با درآمد بالا و موقعیت اجتماعی بهتر، رابطه دارد. بین امید و پیامدهای بهتر روان‌درمانی نیز رابطه وجود دارد.

1. Agency

2. Baily

3. Chang

4. Wells

همچنین الیوت^۱ و همکاران (۱۹۹۱) نشان دادند که در فرایند بهبود جراحی نخاع، امید بالا با سازگاری بهتر و افسردگی کمتر رابطه دارد.

پس از طرح نظریه امید اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱)، برنامه‌های درمانی به‌خصوصی نیز برای درمان انواع اختلالات روانی از جمله افسردگی، پایه‌ریزی شده و اثربخشی آنها در تحقیقات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است و این روند همچنان ادامه دارد. امید درمانی در پاسخ به درخواست متخصصان بالینی برای کاربرد منظم اصول نظریه امید در بافت درمانی ایجاد شد. با وجود راهکارهای فراوان برای افزایش امید، ایجاد امید درمانی و ۱۷ سال بررسی علمی نظریه امید و کاربرد آن، بسیاری از نیازها و سؤالات متخصصان بالینی هنوز با دقت زیاد تحت بررسی است.

آروینگ^۲ و همکاران (۱۹۹۸) نیز نشان دادند که آموزش امید منافع روان‌شناختی مختلفی برای افراد دارد و همچنین مؤلفه شادی را در آنها افزایش می‌دهد. جونز^۳ و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهش خود عوامل شناختی و روان‌شناختی را که با شادکامی افراد سالمند رابطه دارند، مورد بررسی قرار دادند. پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهند که سلامت جسمانی و حمایت اجتماعی و امید بالا تأثیر عمده‌ای بر شادکامی افراد سالمند دارند.

کلاسنر^۴ و همکاران (۱۹۹۸) نشان دادند که درمان گروهی متمرکز بر تعیین هدف که شامل افزایش تولید گذرگاهها و استفاده از فعالیت‌های مناسب برای رسیدن به اهداف معقول و بحث در مورد فرایندها و تکالیف خانگی هفتگی بود، برای بزرگسالان افسرده سودمند است. در این تحقیق ناامیدی، اضطراب و افسردگی شرکت‌کنندگان به‌طور معناداری کاهش یافت و میزان امید و شادکامی و سرزندگی به‌طور معناداری افزایش یافت.

هنکینز^۵ (۲۰۰۴) در پژوهشی به بررسی تأثیر مداخله درمانی مبتنی بر نظریه امید اسنایدر، بر کاهش میزان ناامیدی بیماران بستری مبتلا به افسردگی اساسی پرداخت. او

1. Elliott

2. Irving

3. Jouns

4. Klausner

5. Hankins

در پژوهش خود پس از ۱۰ جلسه گروهی یک ساعتی پی برد که میزان امید گروه آزمایش، نسبت به گروه گواه افزایش معنادار و میزان ناامیدی آنها کاهش معناداری داشته است.

آروینگ و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که گروه درمانی مبتنی بر امید قبل از شروع درمان مزایایی برای شرکت کنندگان دارد.

شروین^۱ و همکاران (۱۹۹۲) در پژوهش خود اظهار داشتند که طی ۸ جلسه دو ساعتی گروه درمانی مبتنی بر امید، میزان تفکر عامل، معنای زندگی و عزت نفس و شادکامی افزایش می یابد، در حالی که نشانه های افسردگی و اضطراب کاهش می یابد.

راَب^۲ (۲۰۰۷) بیان می کند که آموزش امید تا اندازه معینی خاصیت پیشگیری دارد. برای نمونه، اسنایدر و همکاران نشان داده اند که امید با اضطراب همبستگی منفی دارد و مانع تصورات آسیب پذیری و اختلالات اضطرابی و عدم پیش بینی می شود (اسنایدر، ۱۹۹۹). به علاوه کسانی که امید بالایی دارند نسبت به آنهایی که امید پایین دارند از توانایی بیشتری برای حل مسائل اجتماعی برخوردارند (چانگ، ۱۹۹۸؛ به نقل از بهاری ۱۳۸۸).

پین کورات^۳ (۲۰۰۱) در پژوهشی با عنوان «تفاوت های جنسی در عاطفه مثبت، عاطفه منفی و تعادل عاطفی در بین افراد میانسال و سالمند» دریافت که عاطفه مثبت و تعادل عاطفی با افزایش سن اندکی کاهش می یابد و عاطفه منفی با افزایش سن اندکی افزایش می یابد. در مجموع نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که در میان افراد سالمند عاطفه مثبت کاهش بیشتر و عاطفه منفی افزایش بیشتری پیدا می کند.

همچنین علاءالدینی (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر امید درمانی بر میزان افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون دریافت، هرچه مؤلفه امید در دانشجویان بیشتر باشد، افسردگی کاهش می یابد و هرچه مؤلفه امید و امیدواری کمتر باشد، افسردگی در دانشجویان افزایش می یابد.

1. Sherwin

2. Raab

3. Pinquart

بهارى (۱۳۸۸) در تحقيق خود به بررسى تأثير مؤلفهٔ اميد و بخشش در زوج‌هاى در آستانهٔ طلاق پرداخت كه نتيجهٔ تحقيق گويائى اين بود كه كاربرد مداخلات اميد و بخشش و تركيب آنها در مقايسه با گروه گواه در کاهش كلئى تعارضات زناشويى زوج‌هاى متقاضى طلاق تأثير معنادار نداشته است، ($P > 0/05$) اما واكنش‌هاى هيجانى زوج‌هاى گروه اميد و بخشش را به‌طور معنادارى ($P < 0/05$) کاهش داده است.

حميدى (۱۳۸۷) به بررسى تأثير آموزش گروهى اميد به زوج‌هاى كه به مراكز مشاوره مراجعه مى‌كنند پرداخت و با استفاده از ضريب همبستگى پيرسون دريافت كه بين آموزش گروهى اميد و کاهش تعارضات زناشويى رابطهٔ معنادارى وجود دارد.

بيجارى (۱۳۸۸) در پژوهشى كه به‌منظور بررسى اثربخشى گروه‌درمانى مبتنى بر رويکرد اميد بر افزايش ميزان اميد به زندگى زنان مبتلا به سرطان پستان انجام داد، به اين نتيجه رسيد كه گروه‌درمانى مبتنى بر رويکرد اميددرمانى در مقايسه با گروه گواه به‌طور معنادارى موجب افزايش اميد به زندگى و کاهش افسردگى مى‌شود.

با توجه به نتايج اين تحقيقات مى‌توان نتيجه گرفت كه اميد، هيچان مثبت را افزايش و هيچان‌هاى منفى را کاهش مى‌دهد. اميد با سلامت روانى و جسمى كه با انواع مقايسه‌ها مانند پاسخ مثبت به مداخلهٔ پزشكى، سلامت ذهنى، خلق مثبت، پرهيز از رويدادهاى پرفشار زندگى، نشاط و شادكامى در امور زندگى و مسأله‌گشاى، همبستگى مثبت دارد و آنها را پيش‌بينى مى‌كند.

اسنايدر و همكارانش براساس نظريهٔ اميد، يك برنامهٔ درمانى به نام اميددرمانى تدوين كردند تا مؤلفه‌هاى مثبت را در مراجعان افزايش دهند.

اميد درمانى يكي از رويكردهاى جديد درمانى است كه براساس نظريهٔ اميد اسنايدر و همكارانش بنا شده و با تركيب اصول مداخلات درمانى مبتنى بر شرح حال^۱، تمرکز بر حل مسأله^۲ و شناختى رفتارى، يك نظام درمانى کوتاه‌مدت نيمه‌ساخت يافته و جديد را ارائه مى‌كند. بر اساس نظريهٔ اسنايدر، اميد از سه مؤلفهٔ اصلى «هدف»

1. narrative

2. solution-focused

«عامل یا کارگزار» و «گذرگاه»^۱ تشکیل شده است. موفقیت در دستیابی به اهداف، هیجانهای مثبت و شکست در آن، هیجانهای منفی ایجاد می‌کند. افراد امیدوار «عامل» و «گذرگاههای» بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و وقتی با مانع برخورد می‌کنند می‌توانند انگیزه خود را حفظ و از گذرگاههای جانشین استفاده کنند. اما افراد ناامید به دلیل اینکه «عامل» و «گذرگاههای» کمی دارند در برخورد با موانع به راحتی انگیزه خود را از دست می‌دهند و دچار هیجانهای منفی می‌شوند که این امر خود منجر به افسردگی می‌شود (اسنایدر، ۲۰۰۰). در واقع ناامیدی مؤلفه اصلی افسردگی است (آبرامسون، متالسکی و آلوی^۲، ۱۹۸۹).

در تحقیقات لوپز^۳ و کر (۲۰۰۶) نشان داده شده است که آموزش گروهی می‌تواند در توسعه و افزایش حس خوش‌بینی، شادی و امید در سالمندان تأثیر بسزایی داشته باشد. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد سالمندانی که در جلسات گروهی شرکت داشتند، احساس شادمانی بیشتری در مقایسه با زمانی که در جلسات حضور نداشته اعلام کردند. با توجه به این پژوهش‌ها، مسأله اساسی این تحقیق عبارت است از بررسی اثربخشی آموزش گروهی امید بر میزان شادکامی سالمندان. به عبارت دیگر در این پژوهش پژوهشگر به دنبال بررسی این موضوع است که آیا آموزش گروهی سالمندان ساکن آسایشگاه می‌تواند به افزایش سطح شادکامی آنها منجر شود و درصد است براساس نظریه امید (اسنایدر، ۱۹۹۱) و امیددرمانی که برگرفته از نظریه امید است (لوپز و اسنایدر، ۲۰۰۰)، به بررسی تأثیر مداخله درمانی نظریه امید در سالمندان بپردازد و یک قالب کاربردی در زمینه مشاوره سالمندی ارائه دهد.

ضرورت این تحقیق از آنجا ناشی می‌شود که سلامت سالمندان موضوع مهمی برای اقشار مهم جامعه به شمار می‌رود، بنابراین اگر بتوانیم از طریق پژوهش‌های مختلف به بررسی‌ها و راهکارها و نتایجی دست یابیم که بتوانند میزان سلامت سالمندان را ارتقا بخشند می‌توانیم در این مهم قدم برداریم.

1. Pathway

2. Abramson & Metalesky & Alloy

3. Lopez

فرضیه پژوهش

۱- آموزش گروهی به سبک نظریه امید اسنایدر بر شادکامی سالمندان مؤثر است.

روش پژوهش

در این پژوهش با توجه به هدف و ماهیت آن از روش تحقیق نیمه‌تجربی استفاده شد. به این صورت که از بین سالمندان واجد شرایط ۳۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب و به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند و سپس مداخلات بر روی گروه آزمایش انجام گردید.

جامعه آماری در پژوهش حاضر سالمندان زن ساکن در آسایشگاه صادقیه شهر

اصفهان هستند که واجد شرایط زیر باشند:

۱- تمایل به شرکت در تحقیق داشته باشند.

۲- از سلامت جسمانی و روانی کافی برخوردار باشند.

با بررسی‌های به عمل آمده تعداد این سالمندان ۱۳۵ نفر است.

در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده انجام می‌شود و پژوهشگر از بین ۱۳۵ نفر واجد شرایط ۲ گروه ۱۵ نفره آزمون و گواه را انتخاب کرده و در کل تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شده است.

در اینجا این نکته را یادآور می‌شویم که آزمودنی‌ها به دلیل اینکه ساکن در سرای سالمندان بودند، در آنجا تنها زندگی می‌کردند و همسران آنها یا فوت کرده بودند یا جدا شده بودند و در حال حاضر به صورت مجرد زندگی می‌کردند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه شادکامی آکسفورد

در این پژوهش شادکامی براساس ابزار «شادکامی آکسفورد» سنجیده می‌شود که این پرسشنامه را آرگایل ولو در سال ۱۹۸۹ تهیه کرد. فرم نهایی پرسشنامه ۲۹ ماده دارد، علیپور و نوربالا (۱۳۷۸) اعتبار این ابزار را پس از سه هفته با ارزش بازآزمایی ۰/۸۳

محاسبه کرد (آرگایل، ۲۰۰۱). در ایران این آزمون را علیپور و نوربالا (۱۳۷۸) ترجمه و درستی برگردان آن را ۸ متخصص تأیید کرده و روایی صوری پرسشنامه نیز به تأیید ۱۰ متخصص رسیده است. اعتبار آزمون در دانشجویان دانشگاههای علامه طباطبائی و شاهد به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۸ و به روش تنصیف ۰/۹۲ و اعتبار بازآزمایی پس از ۳ هفته ۰/۷۹ محاسبه شده است. هر ماده این آزمون شامل ۴ عبارت است که فرد یکی از آنها را انتخاب می‌کند. نمره هر ماده از صفر تا ۳ است یعنی دامنه نمره هر فرد بین صفر تا ۸۷ متغیر است.

جدول ۱- توزیع نمرات سن آزمودنی‌ها در گروههای آزمایش و گواه

گروه	سن	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی عملی (درصد)
آزمایش	۶۴	۳	۲۰	۲۰
	۶۵	۳	۲۰	۴۰
	۶۶	۳	۲۰	۶۰
	۶۷	۲	۱۳/۳	۷۳
	۶۸	۲	۱۳/۳	۸۶
	۶۹	۱	۶/۷	۹۳
	۷۱	۱	۶/۷	۱۰۰
	کل	۱۵	۱۰۰	
گواه	۶۴	۳	۲۰	۲۰
	۶۵	۲	۱۳/۳	۳۳/۳
	۶۶	۲	۱۳/۳	۴۶/۷
	۶۷	۴	۲۶/۷	۷۳/۳
	۶۸	۳	۲۰	۹۳/۳
	۷۰	۱	۶	۱۰۰
	کل	۱۵	۱۰۰	

روش پژوهش

شیوه اجرای پژوهش پس از انجام نمونه‌گیری یک جلسه پیش‌آزمون در نیمه مهرماه ۸۸ اجرا شد که تمامی اعضای انتخاب شده برای پژوهش در یک جلسه در سرای سالمندان به سؤالات آزمون شادکامی آکسفورد پاسخ دادند، چنانچه بعضی از آنها از توانایی خواندن و نوشتن برخوردار نبودند سؤالات برای آنها خوانده می‌شد. پس از آن کل افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش به صورت هفتگی تحت درمان گروهی بر مبنای اصول نظریه امید قرار گرفت. برنامه درمانی براساس کارهای اسنایدر (۱۹۹۴) و مک درموت^۱ و اسنایدر (۱۹۹۹) طراحی شد. مدت هر جلسه ۷۰ الی ۹۰ دقیقه بود که پس از ۸ جلسه درمان در یک جلسه عمومی همه افراد نمونه مجدداً به سؤالات آزمون پاسخ دادند.

روش تجزیه و تحلیل آماری در این پژوهش در دو سطح توصیفی؛ توزیع فراوانی - رتبه درصدی انحراف معیار و میانگین محاسبه شد و در سطح آمار استنباطی به علت اینکه روش تحقیق تجربی بود از روش تحلیل کواریانس استفاده گردید.

جلسات درمانی در ۸ جلسه درمانی ۱/۵ ساعته به صورت گروهی اجرا می‌شود. برنامه درمانی براساس کارهای اسنایدر (۱۹۹۹) طراحی شده است که هر جلسه شامل چهار بخش است. در بخش اول حدود ۲۰ دقیقه در مورد فعالیت‌ها و تکالیف هفته گذشته مراجعه‌کنندگان بحث می‌شود و افراد ترغیب می‌شوند تا به همدیگر در رفع مشکلات مربوط به آن تکالیف کمک کنند. در بخش دوم حدود ۲۰ دقیقه آموزش روانی و مهارت‌های مربوط به امید را یاد می‌گیرند که این مهارت‌ها در ۳ حیطه اهداف، گذرگاهها و عامل قرار دارند. در بخش سوم که حدود ۴۰ دقیقه طول می‌کشد، شیوه‌های به‌کارگیری این مهارت‌ها در زندگی روزمره فرد بحث می‌شود، مراجعان ترغیب می‌شوند که مسائل را به صورت عینی و روشن مطرح کنند و به یکدیگر کمک کنند تا با استفاده از مهارت‌های امید آنها را حل کنند. در ۱۰ دقیقه پایانی جلسه نیز تکالیف مربوط به جلسه آتی ارائه می‌شود.

1. MC Dermott

جلسه اول: پرسشنامه‌های امید اجرا می‌شود و سپس ساختار جلسات، اهداف برنامه آموزشی براساس نظریه امید معرفی می‌شود.

جلسه دوم: به تبیین چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تأثیر آن بر ناامیدی و افسردگی و احساس پوچی می‌پردازد.

جلسه سوم: هر یک از مراجعان داستان زندگی خود را تعریف می‌کند. هدف از این جلسه این است که به اعضا در یافتن امید^۱ کمک کنیم.

جلسه چهارم: به تبیین این داستان‌ها بر اساس سه مؤلفه اصلی نظریه امید و قالب‌بندی مجدد داستان‌ها می‌پردازد، ضمن اینکه سعی می‌شود تا مواردی از امید و موفقیت‌های گذشته اعضا به منظور شناسایی عامل و گذرگاههای این موفقیت‌ها شناسایی شود.

جلسه پنجم: مطرح کردن فهرستی از اتفاقات جاری و ابعاد مهم زندگی و میزان رضایت افراد از هر یک از این اتفاقات مشخص می‌شود.

جلسه ششم: افراد را به انتخاب اهداف مناسب و مطرح کردن ویژگیهای اهداف مناسب ترغیب می‌کنیم و هدف در این جلسه و دو جلسه قبل امیدافزایی^۲ در اعضاست و کمک می‌کنیم تا اعضا پس از یافتن امید به افزایش آن بپردازند.

جلسه هفتم: ویژگیهای گذرگاههای مناسب مطرح می‌شود و از افراد خواسته می‌شود برای رسیدن به اهداف تعیین شده راهکارهای مناسب انتخاب کنند و به آنها آموزش داده می‌شود که گذرگاهها را به مجموعه‌ای از گام‌های کوچک بشکنند و گذرگاههای جانشین را تعیین کنند. در این جلسه هدف، حفظ و بقای امید^۳ در اعضای گروه می‌باشد.

جلسه هشتم: راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل مطرح شد، از جمله اینکه از افراد خواسته شد تا به خودگویی‌های مثبت و تصور ذهنی بپردازند تا به اهداف خود برسند و در نهایت به آنها یاد می‌دهیم که خودشان یک امید درمانگر باشند و تفکر امیدوارانه را به صورت روزمره به کار گیرند، به طوری که خودشان بتوانند اهداف و موانع آنها را تعیین کنند و عامل لازم برای دستیابی به آن هدف را در خود ایجاد و حفظ کنند و

1. Hope Bonding

2. Enhancing Hope

3. Hope Reminding

گذرگاههای لازم را تشخیص دهند. در پایان مروری می‌کنیم بر مداخله‌های انجام شده طی جلسات قبل و بررسی اظهارنظر اعضا در مورد جلسات و رسیدن آنها به اهدافشان، هدف در این جلسه تعیین میزان مداخله‌های امید‌درمانی و بررسی میزان پایداری امید^۱ در اعضای گروه است.

سپس اعضای گروه پرسشنامه شادکامی آکسفورد را پس از اجرای مراحل امید‌درمانی دوباره تکمیل می‌کنند.

یافته‌های پژوهش

در این بخش ابتدا میانگین و انحراف معیار گروههای آزمایش و گواه، سپس تحلیل کواریانس برای تفاوت گروهها ارائه شده است.

جدول ۲- میانگین انحراف معیار گروههای آزمایش و گواه

در پیش‌آزمون و پس‌آزمون شادی

شاخص گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمایش	۱۵	۲۲/۳	۳/۵۳	۲۸/۰۶	۳/۹۵
گروه گواه	۱۵	۲۰/۹	۲/۶۳	۲۱/۲۶	۲/۶۳

اطلاعات جدول ۲ میانگین و انحراف معیار گروههای آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون عملکرد شادکامی را نشان می‌دهد. براساس این اطلاعات میانگین گروههای آزمایش پس از مداخلات افزایش داشته است.

1. Hope maintenance

جدول ۳- آزمون لوین برای همسانی واریانس‌ها در شادی

F	درجه آزادی گروه گواه	درجه آزادی گروه آزمایش	معناداری
۱/۷۲	۲۸	۱	۰/۲۲

بر اساس نتایج جدول ۳، پیش فرض تساوی واریانس‌ها رعایت شده است ($P > 0/05$).

جدول ۴- خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر آموزش سبک امید اسنایدر بر شادکامی سالمندان

شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان
پیش‌آزمون	۴۰/۴۴	۱	۴۰/۴۴	۳/۹۶	۰/۴۷	۰/۱۲۸	۰/۴۸۴
گروه	۲۷۸/۸۹	۱	۲۷۸/۸۹	۲۷/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۰۳	۰/۹۹۹
خطا	۲۷۵/۴۲	۲۷	۱۰/۲۰۱	—	—	—	—

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر کمکی، مداخلات آموزش امید به سبک نظریه اسنایدر به تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و گواه منجر شده است ($P < 0/001$).

میزان تأثیر ۵۰ درصد بوده است. یعنی ۵۰ درصد واریانس پس‌آزمون (بهبود عملکرد شادی) مربوط به مداخلات آموزش امید اسنایدر بوده است. همچنین توان آماری ۹۹ درصد است. بنابراین از نتایج این جدول نتیجه می‌گیریم که مداخلات آموزش امیددرمانی به سبک نظریه اسنایدر بر بهبود عملکرد شادی سالمندان مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امید‌درمانی اسنایدر بر افزایش شادکامی سالمندان صورت گرفت. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که امید‌درمانی در مرحله پس از آزمون به افزایش شادی منجر شده است. این نتایج حداقل با نتایج چند پژوهش دیگر در این زمینه همخوان است.

چانگ و همکاران (۲۰۰۲) در تحقیقات خود پی بردند که تفاوت معناداری در نمرات امید سالمندان و افراد میانسال و جوان‌تر نیست. جونز و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهش خود عوامل شناختی و روان‌شناختی را که با شادکامی افراد سالمند رابطه دارد، بررسی کردند. پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد که سلامت جسمانی و حمایت اجتماعی تأثیر عمده‌ای بر شادکامی افراد سالمند دارند و همان‌طور که از نتایج این پژوهش برمی‌آید وجود جلسات گروهی و برقراری روابط صمیمانه و سالم با سالمندان خود نیز جنبه درمانی دارد و به آنها در بالا بردن خلق و افزایش شادی کمک می‌کند.

ولز (۲۰۰۵) در پژوهش‌های خود طی بررسی مداخلات مبتنی بر امید برای بزرگسالان به این نتیجه رسید که درصد واریانس افسردگی با امید پایین تبیین می‌شود و بین امید و پیامدهای بهتر روان‌درمانی از جمله شادی رابطه وجود دارد. آیروینگ، اسنایدر و کروسون (۱۹۹۸) طی بررسی‌های خود که بر روی زنان مبتلا به سرطان انجام دادند نشان دادند که افرادی که امید بالاتری دارند، امید به زندگی در آنها بیشتر است و بهتر می‌توانند با بیماری خود کنار بیایند. همچنین الیوت و همکاران (۱۹۹۱) نیز در تحقیقات خود که مبتنی بر تأثیر امید در فرایند بهبود جراحی نخاع بود به این نتیجه رسیدند که امید بالا با سازگاری و افسردگی کمتر و امید به زندگی بیشتر، رابطه دارد. آیروینگ و همکاران (۱۹۹۷) نیز مطرح کردند که آموزش امید و امید‌درمانی می‌تواند منافع روان‌شناختی مختلفی برای افراد داشته باشد. پژوهش کلاسنر و همکاران (۱۹۹۸) در مورد درمان گروهی برای بزرگسالان افسرده به‌منظور افزایش گذرگاه و عامل بیانگر آن است که ناامیدی، اضطراب و افسردگی شرکت‌کنندگان به‌طور معناداری کاهش و میزان شادی آنان به‌طور معناداری افزایش یافته است. شروین و همکاران

(۲۰۰۶) در پژوهش خود اشاره داشته‌اند که طی یک فرایند امید درمانی مبتنی بر امید و میزان تفکر عامل، معنای زندگی و عزت نفس و سرزندگی افزایش می‌یابد و اضطراب و افسردگی کاهش می‌یابد.

پین کورات (۲۰۰۱) در پژوهشی که با عنوان «تفاوت‌های جنسی در عاطفه مثبت، عاطفه منفی و تعادل عاطفی در بین افراد میانسال و سالمند انجام داد به این نتیجه رسید که عاطفه مثبت و تعادل عاطفی با افزایش سن اندکی کاهش می‌یابد و عاطفه منفی با افزایش سن اندکی افزایش می‌یابد. در مجموع نتایج نشان داد که در میان افراد سالمند عاطفه مثبت کاهش بیشتر و عاطفه منفی افزایش بیشتری پیدا می‌کند همچنین نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که احساسات مثبت و منفی که برانگیختگی بالایی دارند (مانند هیجان‌زدگی یا آشفتگی) با افزایش سن کاهش پیدا می‌کنند.

پژوهش‌های دیگری همچون آروینگ و همکاران (۲۰۰۴)، هنکینز (۲۰۰۴)، راب (۲۰۰۷)، رایپلی و ورثینگتون (۲۰۰۲) و اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) نیز این یافته‌ها را تأیید می‌کنند. نتایج این پژوهش با وجود محدودیت پژوهش‌های مرتبط در داخل کشور، با پژوهش‌های علاءالدینی (۱۳۸۷)، بیجاری (۱۳۸۸)، حمیدی (۱۳۸۷) و جعفری (۱۳۸۳) همسو بود، به‌عنوان مثال در پژوهش علاءالدینی (۱۳۸۷) که تأثیر امیددرمانی را بر میزان افسردگی دانشجویان دختر سنجد به این نتیجه رسید که هرچه مؤلفه امید بیشتر باشد، افسردگی کاهش می‌یابد. در تحقیق بیجاری (۱۳۸۸) نیز که به‌منظور اثربخشی امیددرمانی بر افزایش امید زنان مبتلا به سرطان انجام گرفت، نتایج نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی در مقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری موجب افزایش امید به زندگی و کاهش افسردگی می‌شود. در تحقیق حمیدی (۱۳۸۷) آموزش گروهی امید منجر به کاهش تعارضات زناشویی شده است.

پیشنهادها

۱- با توجه به نتایج این تحقیق، متخصصان بالینی می‌توانند از این برنامه درمانی در کار با سالمندانی که دچار اختلالات خلقی یا افسردگی هستند استفاده نمایند.

۲- از آنجا که در روان‌شناسی مثبت اعتقاد بر آن است که سازه‌های روان‌شناسی مثبت، از جمله امید، می‌تواند از افراد در برابر آثار رویدادهای تنش‌زای زندگی حمایت کند، به نظر می‌رسد که تدوین برنامه‌های پیشگیرانه براساس نظریه امید اسنایدر و استفاده از نقش پیشگیرانه آنها با آموزش به دانش‌آموزان و نوجوانان مفید باشد. بنابراین این برنامه می‌تواند مورد استفاده متصدیان آموزش و پرورش قرار گیرد.

۳- از آنجا که در تحقیقات متعدد نشان داده شده است که امید با عملکرد تحصیلی افراد رابطه نزدیک دارد و قدرتمندترین پیش‌بینی‌کننده پیشرفت تحصیلی است (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱، ۱۹۹۷؛ کیوری و همکاران، ۱۹۹۷؛ اسنایدر، ۲۰۰۰، ۲۰۰۲؛ بارلو، ۲۰۰۲؛ اسنایدر و همکاران، ۲۰۰۰، ۲۰۰۳؛ ولز، ۲۰۰۵)، به نظر می‌رسد که آموزش آن به دانشجویان و دانش‌آموزان و به‌خصوص داوطلبان ورود به دانشگاه، تأثیرات سودمندی در آینده تحصیلی آنان داشته باشد.

۴- از آنجا که ممکن است تأثیرات درمان بعد از مرحله پس‌آزمون فقط یک‌ماه تداوم داشته باشد، بنابراین پیشنهاد می‌شود، جلسات حمایتی هرچند وقت یک بار پس از پایان درمان برای حفظ تأثیر درمان و تفکر عامل تا طولانی‌مدت برگزار شوند.

۵- انجام تحقیقات در زمینه شناسایی روشهای مفید توان‌بخشی جسمی و روانی سالمندان صورت گیرد.

محدودیت‌های پژوهش

۱- از محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به حجم کم نمونه اشاره کرد و اینکه در تعمیم نتایج به کل جامعه باید دقت لازم به عمل آید.

۲- از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن نمونه آن به جامعه سالمندان زن ساکن در سرای سالمندان اشاره نمود، بنابراین ممکن است یافته‌های پژوهش قابل تعمیم به سایر سالمندان و بقیه اقشار نباشد.

۳- صرف زمان زیاد برای توجیه و خواندن پرسشنامه‌ها برای آزمودنی‌ها

۴- از آنجا که بعضی از آزمودنی‌ها سواد خواندن نداشتند یا به دلایلی نمی‌توانستند پرسشنامه‌ها را بخوانند، بنابراین پرسشنامه را پژوهشگر برای آنها می‌خواند که این خود می‌تواند در جواب دادن آزمودنی‌ها اثر سوء داشته باشد.

۵- به دلیل مشکلات مراکز سالمندان اجرای پیگیری امکان‌پذیر نبود.

منابع

- آرگیل، مایکل. *روان‌شناسی شادی*، ترجمه مسعود گوهری انارکی، (۱۳۸۶)، اصفهان، جهاددانشگاهی واحد اصفهان.
- الیس، آلبرت. اورینگ بکر. *زندگی شادمانه*، ترجمه مهرداد فیروزبخت، (۱۳۸۳)، تهران، رسا.
- استورانت، مارتا و گری واندن بوس. *روان‌شناسی سالمندی*، ترجمه سیامک خداحیم، (۱۳۸۷)، تهران، مؤسسه چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی.
- بهار، فرهاد. (۱۳۸۸)، «تأثیر مداخله‌های امیدمحور، بخشش‌محور، ترکیبی از این دو بر تعارض زناشویی، تحریف‌های شناختی بین فردی زوج‌های متقاضی طلاق شهر اصفهان»، پایان‌نامه دکتری مشاوره، دانشگاه اصفهان.
- بیجاری، هانیه. (۱۳۸۷). «بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امیددرمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- پورزرعی، محسن. (۱۳۸۲)، «بررسی رابطه بین هوش هیجانی، سلامت روان و شادکامی در بین دانش‌آموزان دوره متوسطه شهرستان فرشبند»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان.
- تاجور، مریم. (۱۳۸۲)، *بهداشت سالمندان*، تهران، انتشارات نسل فردا.
- جعفری، ابراهیم. محمدرضا عابدی و محمدجواد لیاقتدار. (۱۳۸۳)، «بررسی میزان شادمانی و عوامل آن در میان دانشجویان دانشگاه‌های شهر اصفهان»، گزارش تحقیق، اصفهان، حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه اصفهان.
- رئسی، حسین. (۱۳۸۲)، «بررسی اثربخشی آموزش شادمانی بر کاهش فشار خون بیماران مبتلا به فشارخون شهر اصفهان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.

- سلیگمن، ام. ای. پی؛ د. روزنهان. *روان‌شناسی نابهنجاری، آسیب‌شناسی روانی*، ترجمه یحیی سید محمدی، (۱۳۸۳)، تهران، سالوان.
- سادوک. ب سادوک. *خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری، روانپزشکی، بالینی*، ترجمه حسن رفیعی و خلیل سبحانیان، (۱۳۸۲)، تهران، ارجمند.
- عابدی، محمدرضا. (۱۳۸۴)، *شادی در خانواده*، تهران، انتشارات مطالعات خانواده.
- علاءالدینی، زهرا. (۱۳۸۷)، «بررسی تأثیر امید درمانی بر میزان افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان.
- کار، آلن. *روان‌شناسی مثبت*، ترجمه مهرداد کلانتری، (۱۳۸۴)، اصفهان، دانشگاه اصفهان.
- کلینک، کریس ال. *انسان سالم زندگی سالم*، ترجمه علی محمد گودرزی، تهران، رسا.
- کلدی، علیرضا. احمدعلی اکبری و مهشید فروغان. (۱۳۸۳)، «مسائل و مشکلات جسمانی اجتماعی روانی سالمندان منطقه ۱۳ تهران»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، شماره ۱۴.
- لارنس، تامپسن. *سالمندی و خردمندی*، ترجمه زهره کسای، (۱۳۷۹)، تهران، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی
- منصوری. خ. (۱۳۸۷)، *آثار و کارکرد امید در زندگی انسان*، پایگاه مرکز فرهنگ و معارف قرآنی.
- مظفری، شهباز. (۱۳۸۲)، «همبسته‌های شخصیتی شادمانی ذهنی براساس الگوهای پنج‌عاملی در بین دانشجویان دانشگاه شیراز»، پنجمین همایش سراسری بهداشت روانی و اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، زنجان، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی، ۷۷-۷۸.
- هاوتون، کی؛ کی سالکوس؛ جی کرک و ام کلارک. *رفتار درمانی شناختی*، جلد اول، ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده، (۱۳۸۵)، تهران، ارجمند.
- Albramson, L.Y., Metalsky, G.I. and Alloy, C.B. (1989). Hopelessness, depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Anderson, J.R. (1992). Fostering hope: a report from frontline AIDS health care providers. Washington D.C.: Paper presented at the meeting of the American Psychological Association.

- Bordin, E.S. (1976). The generalizability of psychoanalytic concept of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Borthner, R.W., Hultsch, D.F. (1970). A multivariate of correlates of life satisfaction in Adulthood. *Journal of Gerontology*, 25-47.
- Baily, T.C. and Snyder, C.R. (2007). Satisfaction with life and hope: a look at age and marital status. *Psychological Record*, 57, 2, 233-240.
- Chang, E.C. and Disimone, S.L. (2001). The influence of hope on appraisals, coping and dysphoria: a test of hope thory. *Journal of social and clinical psychology*, 20,2,117-129.
- Chang, E.C. Rand, K.L., Strunk, D.R. and Desimone, S.L. (1999). Hope and depressive symptoms: testing a mediational model of stress and coping. Unpublished manuscript, northern Kentucky university, department of psychology, highland heights.
- Elliott, J.A. (2005). *Interdisciplinary perspectives on hope*. New York: Nova publishers.
- Elliott, J.A. and olver, I.N. (2007). Hope and hoping in the talk of dying cancer patients. *Journal of social science and medicine*, 64, 1, 138-149.
- Elliott, T.R., witty, T.E., Herrick, S. and hoffman, J.T. (1991). Negotiatating reality after physical loss: hope, depression and disability. *Journal of personality and social psychology*, 61, 608-613.
- Hankins, S.J. (2004). Measuring the efficacy of the Snyder hope theory as an intervention with an inpatient population. A dissertation presented for the doctorate of philosophy, the university of Mississippi.
- Irving, M.L., Snyder, C.R. and Crowson, J.J. (1998). Hope and coping with cancer by college females. *Journal of personality*, 66, 195-214.

- Irving, M.L., C.R., Snyder, cheavens, J., Coeaval, L. Hanke, J., Hilberg, P. and Nelson, N. (2004). The relationships btrween hope and outcoms at the pretreatment. *Journal of psychotherapy Integration*, 419-443.
- Jones, T.G., Rapport, L.J., Hanks. R.A., Lichtenberg, P.A., 8 Telmet, K. (2003). Cognitive and psycho logical predictors of subjective well-being in urban older adults. *The clinical neuropsychogist*, 27,13-18.
- Klausner, E., Snyder, C.R. and cheavens, J. (2000). "A hope-based group treatment for depressed older adult outpatienst's, in G.M. Williamson, P.A. Parmlee and D.R. Shaffer (eds.), *physical Illness and depression in older adults: A handbook of theory, research, and practice*. New York: Plenum, pp.295-310.
- Klausner, E.J., Clarking, J.F., Spielman, L., Pupo, C., Abrams, R. and Alexopoulos, G.S. (1998). Late- Life depression and functional disability: the role of goal- focused group psycho- therapy. *International Journal of Geriatric psy chiatry*, 13,707-716.
- Lopez, S.J. and kerr, B.A. (2006). An open source approach to creating positive psychological practice: a comment on wong's strengths centered therapy. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 43, 2, 147-150.
- Lopez, S.J., and snyder, C.R. (2000). The future of psychology assessment: Making a difference. *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*, 461-468.
- Lopez, S.J., and snyder, C.R. (Eds). (2003a). *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Milligan, D, Rosen, J., Finch, J., Rhudy, J. and fortunate, V. (2007). Longitudinal effects of hope on depression and anxiety: a latent variable analysis. *Journal of personality*, 75, 43-64.

- Peterson. J.S., Gerhardt, W.M., and Rode, C.J. (2006). Hope, learning goals and task performance. *Personality and individual difference*, 40, 6, 1099-1109.
- Philips, D.L. (1976). Social participation and Happiness. *The American Journal of sociology*, 72, 479- 483.
- Pinquart, M. (2001). Age differences in perceived positive Affect, negative affect and affect balance in middle and old age. *Journal of happiness studies*, 2, 375- 405.
- Peterson, C., park, N., Seligman, M.E.P. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: the full life versus the empty life. *Journal of happiness studies*, 6, 25-41.
- Ripley, J.S., and Worthington, E.L. (2002). Hope- focused and forgiveness-based group interventions to promote marital enrichment. *Journal of counseling and development*, 80, 452-463.
- Raab, K.A. (2007). *Fostering Hope in a psychiatric Hospital*. Royal Ottawa Health Care.
- Snyder, C.R.Y., Lopez, S.J. (2001). *Handbook of Positive Psychology US*: Oxford University Press.
- Snyder, C.R. (1996). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of counseling and Development*, 73(3), 355-360.
- Snyder, C.R., Harris, C., Irving, L.M., (1991). The will and the ways: development and validation of an individual differences measure of hope. *Journal of personality and social psychology*, 60 , 570.
- Snyder C.R. (2002). Hope Theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry*, 2002. 13(4), 249-275.
- Snyder C.R., Ritschel L.A., Ravid., L.K. and Berg C.J. (2006). Balancing Psychological Assessments: Including strengths and hope in client reports. *Journal of Clinical Psychology* 62(1), 33-46.

- Sherwin, E.D., Elliott, T.R., Rybarczyk, B.D., Frank, R.G., Hanson, S. and Hoffman, J. (1992). Negotiating the reality of care giving: hope, burnout and nursing. *Journal of social and clinical psychology*, 11, 129-139.
- Snyder, C.R., McCullough, M.E. (2000). A positive psychology field of dreams. *Journal of social and clinical psychology*, 19, 151-160.
- Vilaythong, A.P. Arnau, R.C., Rosen, D.H., and Mascaro. N. (2003). Humor and Hope: Can humor increase hope? *Journal of Humor*, 16(1), 79-89.
- Worthington. E.L.Jr. (2005) *Hope- Focused Marriage Counseling: A Guide to Brief Therapy*. IVP Academic: USA
- Wells, M. (2005). The effects of gender, age, and anxiety on hope differences in the expression of pathway and agency thought. A dissertation presented for the doctorate of philosophy, the university of texas A and B.



تاریخ وصول: ۸۹/۲/۱۳

تاریخ پذیرش: ۸۹/۵/۲۴

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی